



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Materna e Obstetrícia

O Papel do Enfermeiro Especialista

em Saúde Materna e Obstetrícia

Promotor de uma experiência de parto positiva

Ilda Maria Carretas Pestana Gouveia

2011

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Materna e Obstetrícia

O Papel do Enfermeiro Especialista

em Saúde Materna e Obstetrícia

Promotor de uma experiência de parto positiva

Ilda Maria Carretas Pestana Gouveia

Professor Orientador: Anabela Ferreira dos Santos

2011



DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu irmão,
Que com a sua luz celestial
Sempre me indicou
O melhor caminho!*

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao fim desta etapa tão difícil da minha vida, mas talvez a mais gratificante de todas, sinto necessidade de partilhar este momento de felicidade com as pessoas que tanto me apoiaram e me deram alento para seguir em frente.

À Professora Anabela Ferreira dos Santos, pela orientação do Projecto de Estágio e Relatório, pelo seu apoio, compreensão e disponibilidade.

À Enfermeira Cecília Artilheiro, por todos os conhecimentos que me transmitiu, pela sua dedicação, pelo seu profissionalismo, pela sua compreensão, disponibilidade e carinho que me proporcionou ao longo deste Ensino Clínico.

A toda a equipa do Bloco de Partos e Unidade de Neonatologia pelo acolhimento e momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar AlphaMouro pela flexibilidade de horário que me proporcionou, pelo apoio e incentivo.

Ao meu marido Henrique, pelo amor, compreensão, incentivo, força e esforço que fez durante todo este meu percurso académico... com amor lhe agradeço e a ele devo o ter chegado ao fim!

Aos meus filhos, Elisabete e Pedro pela compreensão, paciência, pelas horas retiradas e que lhes eram devidas, pelo incentivo e por continuarem a acreditar em mim.

A todos o meu muito OBRIGADA!

RESUMO

Este relatório de Estágio descreve o percurso realizado durante o Ensino Clínico – Estágio com Relatório, integrado no 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, evidenciando o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências na implementação de Cuidados de Enfermagem Especializados, promotores de experiências de parto positivas.

O parto é um acontecimento muito importante na vida das mulheres e das suas famílias. A investigação tem vindo a demonstrar que a forma como esta experiência é vivenciada interfere significativamente no funcionamento emocional das mães e no estabelecimento da relação com o bebé.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia têm uma relação privilegiada com a grávida ao longo da gravidez (quer em contexto hospitalar quer em cuidados de saúde primários) e no desenvolvimento do trabalho de parto, pelo que é fundamental que reconheçam as causas desencadeantes de experiências de parto negativas para que possam intervir precocemente, no sentido de as minimizar ou excluir, através do planeamento de intervenções adequadas a cada situação.

Tendo por base esta premissa e no âmbito do Ensino Clínico Estágio com Relatório, que decorreu no Bloco de Partos do Hospital Fernando da Fonseca, no período de 31 de Janeiro a 1 de Julho de 2011, propus-me melhorar competências pessoais e profissionais e realizar uma pesquisa bibliográfica que permitisse dar resposta à questão: *Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na promoção de uma experiência de parto positiva às grávidas/casais?*

A revisão da literatura revelou a existência de vários factores que influenciam a experiência de parto, sendo os mais determinantes: a dor, medo e ansiedade, as expectativas sobre o parto, a presença do acompanhante e o papel dos profissionais de Saúde.

Da reflexão realizada sobre os estudos consultados conclui que o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é determinante e pode fazer toda a diferença na forma como as grávidas/casais vivenciam as experiências de parto.

Palavras-Chave: dor de parto, medo, experiência de parto e papel do enfermeiro

SUMMARY

This report stage describes the route taken during the Clinical Teaching - Stage to report, integrated in the 1st Master in Nursing Maternal Health and Obstetrics, of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, highlighting the deepening of theoretical knowledge and skills development in the implementation of skilled nursing care, promoting positive birth experiences.

Childbirth is a significant occasion in the life of women and their families. Investigation has been demonstrating that the manner experienced by this women hugely interfere in the emotional function of mothers and in the future relationship between the mother and her son.

Specialist Nurses in Maternal Health and Obstetrics have a privileged relationship with the woman throughout pregnancy (either in the hospital or in primary health care) and the development of labor, so it is essential to recognize the causes triggering negative birth experiences so they can intervene early in order to minimize or to exclude, by planning appropriate interventions for each situation.

Based on this premise and in the Clinical Teaching with Report Stage, which took place in Hospital Fernando da Fonseca, from 31 January to 1 July 2011, allowed me to improve personal and professional skills and doing a research of review literature which allowed to the question: *What is the role of the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health in promoting a positive birth experience for pregnant women / couples?*

The literature review revealed several factors that influence the experience of childbirth, which the most decisive are: pain, fear and anxiety, expectations about childbirth, the presence of the companion and the role of Health professionals.

Reflection undertaken by studies consulted concluded that the role of Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics is crucial and can make all the difference in how pregnant women / couples experience birth

.

Keywords: labor pain, fear, experience of childbirth and role of nurses

ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.º - Artigo

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPLEESMO – Curso de Pós licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade

DGS - Direcção Geral de Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

FM – Feto morto

HFF – Hospital Fernando da Fonseca

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientador local

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento de exercício profissional dos enfermeiros

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de parto

URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	11
1 - Caracterização do local de estágio	14
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1 – Objecto de Estudo	17
2 - Dor	18
3 - Medo e ansiedade.....	19
4 - Expectativas sobre o parto	21
5 - Papel do Enfermeiro Especialista	22
6 - Modelo Teórico de Betty Neuman.....	24
II - METODOLOGIA DE ESTUDO	27
1 - Estratégia de pesquisa da literatura.....	28
2 – Competências e objectivos	28
2.1. – Competências gerais.....	29
2.2 – Competências específicas do EESMO que contribuam para melhorarem a experiência de parto .	29
3 - Recursos utilizados	33
4 - Questões éticas.....	33
III - RESULTADOS DOS ESTUDOS.....	37
1 - Competências adquiridas	43
2 - Limitação do estudo e implicações /recomendações para a prática	44
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	51

ANEXO I – Competências da Ordem dos Enfermeiros e da Internacional Confederations of Midwives

ANEXO II – Circular Normativa da DGS

ANEXO III – Mapa Mensal de reuniões/formação em serviço

ANEXO IV - Avaliação

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projecto profissional

APÊNDICE II – Características dos estudos

APÊNDICE III – Competências adquiridas e actividades desenvolvidas no estágio com relatório

APÊNDICE IV – Filme

APÊNDICE V – Norma de Procedimento - HFF

APÊNDICE VI – Sessão de formação em serviço

APÊNDICE VII – Norma de procedimentos da USF

APÊNDICE VIII – Check-list orientadora da consulta

APÊNDICE IX – Folhetos

ÍNDICE DE QUADROS:

QUADRO I – Resumo dos estudos encontrados30

QUADRO II – Conclusões dos estudos encontrados34

0 - INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher. O nascimento de um filho, principalmente do primeiro, inaugura de uma forma concreta e definitiva a maternidade.

Sendo a experiência de nascimento algo de único e inigualável na vida da mulher e da família, e os sentimentos experienciados durante este acontecimento marcantes para a sua saúde física e psicológica, determinando a qualidade das relações estabelecidas entre os vários elementos que a constituem, considero que esta problemática apresenta múltiplos desafios aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO).

Na minha prática profissional de quase 16 anos em Cuidados de Saúde Primários (CSP), sempre me interessei muito pela área da saúde materna. Para além de ir aprofundando conhecimentos teóricos e desenvolvendo algumas actividades que possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados nesta área presto também cuidados de enfermagem directos à grávida/família na vigilância da gravidez e puerpério, pelo que ao longo do tempo tenho constatado com relatos frequentes de experiências negativas durante o trabalho de parto e com a forma como essa vivência interfere na recuperação da puérpera e até na opção de uma futura gravidez. Sendo a minha prática de cuidados neste contexto de saúde muito direccionada para a visão holística da pessoa/família, para o estabelecimento de relação terapêutica, para a continuidade dos cuidados e para a promoção de saúde, não poderia ficar indiferente a este facto, sem perceber que contributo, enquanto EESMO, poderia dar para ajudar a alterar esta realidade.

A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu-me tomar consciência sobre os factores que podem estar associados à experiência do parto e que influenciam directamente a sua vivência, ajudando-me na construção de novas directrizes para a promoção da qualidade dos cuidados. Concluí ainda, através da análise dos estudos encontrados, que enquanto EESMO posso percorrer um longo caminho a nível dos CSP, área onde vou continuar a exercer a minha actividade profissional, na preparação das grávidas/famílias para a experiência de parto, na compreensão da forma como a mulher antecipa o parto, na adequação das suas expectativas, na preparação para a sua participação adequada durante este período.

O desempenho do enfermeiro de família em CSP é de extrema importância, podendo mesmo transformar-se num privilégio para o próprio pelo facto de poder interagir com a grávida/família, nas diferentes problemáticas que a podem afectar em todo o seu ciclo vital,

designadamente no caso da antecipação dos medos, ansiedade e expectativas que envolvem toda a vivência do trabalho de parto, pois como nos diz Pacheco, Figueiredo e Costa (2005):

“(…) muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência, importa saber e perceber melhor a forma como a mulher antecipa o parto, nomeadamente para a ajudar a preparar-se e a participar mais adequadamente no parto.”

O Ensino Clínico Estágio com Relatório teve a duração de 20 semanas (19 em Bloco de partos e 1 na Unidade de Neonatologia) e decorreu no Hospital Fernando da Fonseca de 31 de Janeiro de 2011 a 01 de Julho de 2011, com um total de 550 horas presenciais, teve a orientação do docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a Professora Anabela Ferreira dos Santos e da Orientadora Local a ESMO Cecília Artilheiro

Este Hospital abrange na sua área de influência o Concelho de Sintra, mais propriamente a freguesia de Rio de Mouro, local onde se encontra a Unidade de Saúde Familiar onde desempenho funções, pelo que tive oportunidade de prestar cuidados às utentes por mim vigiadas em dois contextos diferentes e perceber mais concretamente quais as suas necessidades específicas, identificar as principais lacunas em termos de articulação, planear estratégias de actuação e promover a continuidade dos cuidados.

Ao longo deste Ensino Clínico procurei desenvolver algumas das competência preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (ICM) para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (ANEXO I), mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico, desenvolvendo capacidades de compreensão e resolução de situações novas e complexas, tendo por base o respeito pelas responsabilidades sociais, profissionais e éticas.

Foi no âmbito do Ensino Clínico – Estágio com Relatório que propus desenvolver um projecto profissional (APÊNDICE I) direccionado para a problemática da experiência de parto positiva e o papel do EESMO na promoção da mesma, emergindo como questão de partida:

Qual o papel do Enfermeiro Especialista em saúde Materna e Obstetrícia na promoção de uma experiência de parto positiva ao casal?

Na sequência do Projecto de Estágio surge então este Relatório, com o qual pretendo descrever a problemática de partida, fazendo um enquadramento conceptual e integrando-a num modelo teórico, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman; descrever os principais resultados encontrados através da revisão da literatura e reflectir acerca de todo o percurso efectuado.

Segundo Santos (1998) “o relatório torna-se um momento altamente formativo, (...) evoca um limite, uma distância a percorrer que pressupõe uma duração e se situa no futuro”.

O presente relatório está estruturado em quatro partes. A primeira é constituída pela introdução. Na segunda é feito um enquadramento teórico, com referência a alguma da bibliografia consultada e uma breve abordagem ao modelo teórico que sustenta os cuidados de enfermagem. Na terceira parte faço referência à metodologia utilizada, objecto de estudo, competências a desenvolver e objectivos a atingir. Na quarta parte serão focados os resultados dos estudos, limitações, competências adquiridas assim como algumas considerações finais sobre este meu percurso académico e pessoal. Termina com alguma da bibliografia consultada e os anexos que fundamentam e complementam este Relatório.

Os objectivos definidos para o Relatório são:

1. Descrever a problemática de partida, respectivo enquadramento teórico, englobando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman;
2. Descrever os principais resultados dos estudos encontrados através da revisão da literatura e apresentá-los à equipa de Enfermagem do HFF, contribuindo para a promoção da melhoria dos cuidados prestados à grávida/família nos quatro estádios do trabalho de parto.
3. Analisar e reflectir sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do Ensino Clínico – Estágio com Relatório;
4. Reflectir acerca das questões éticas e deontológicas;
5. Realizar uma reflexão final acerca de todo o percurso efectuado;

O Ensino Clínico e a análise dos estudos encontrados contribuíram muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional assim como para o atingir das competências preconizadas, sabendo que ainda há um grande caminho a percorrer, pois tal como nos diz Nunes (2003): “ sabemos que podemos crescer, desenvolver, melhorar, (...) fazer amanhã melhor que hoje, logo, melhor que agora. Cabe a cada um de nós, procurar um caminho através do qual possamos, também do ponto de vista ético e jurídico, acompanhar aqueles que temos oportunidade de ajudar”.

1 - Caracterização do local de estágio

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, foi criado por Decreto-Lei em Outubro de 2008 que definiu o seu novo estatuto jurídico, de entidade público-empresarial, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada. É um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

O Hospital tem por objecto a prestação de serviços de saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, bem como o desenvolvimento de actividades de formação e de investigação.

Na sua actividade, o Hospital rege-se pelos seguintes objectivos:

- Assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Garantir, em todo o processo de prestação de cuidados, a segurança do doente.

O presente Ensino Clínico – Estágio com Relatório, decorreu no Hospital Fernando da Fonseca entre 31 de Janeiro de 2011 a 01 de Julho de 2011 num total de 20 semanas (19 semanas no Bloco de Partos e 1 semana na Unidade de Neonatologia).

O Bloco de Partos tem 6 salas de dilatação onde as grávidas permanecem durante o primeiro estágio do trabalho de parto. As salas estão equipadas com uma cama de partos articulada que permite a realização de partos eutócicos ou distócicos. Existe em todas as salas um monitor de cardiotocografia para monitorização do bem-estar materno fetal com transmissão para três centrais (gabinete dos médicos, sala de trabalho de enfermagem e uma área central entre as 6 salas de dilatação), sistema de oxigénio e vácuo, armários com soroterapia, material esterilizado e roupa para promoção de medidas de conforto e terapia. Cada sala tem um lavatório com torneiras fotossensíveis, e desinfetante de base alcoólica como medidas facilitadoras de controle da infecção. Para avaliação dos parâmetros vitais cada sala dispõe de um aparelho para avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca, um termómetro timpânico e um aparelho para pesquisa de glicemia capilar.

Os quartos têm as paredes pintadas de cores relaxantes e possuem um leitor de Cd/rádio, para facilitar o relaxamento das grávidas durante o trabalho de parto. Existe também uma mesa de apoio, um banco e uma cadeira para o acompanhante.

O Bloco de Partos é ainda constituído por 3 salas de partos onde ocorrem os 2º e 3º estágio do trabalho de parto. Uma destas salas está equipa com ventilador que permitirá a realização de uma cesariana de emergência se o bloco operatório do bloco de partos, que tem apenas uma sala, estiver a funcionar.

A sala de recobro encontra-se mais próxima da sala de trabalho de enfermagem, com capacidade para 4 camas, onde as utentes permanecem durante o 4º estágio do trabalho de parto.

Os recursos humanos do Bloco de Partos são constituídos por elementos fixos no serviço (médicos, enfermeiros especialistas, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e administrativos) e elementos com os quais se articula sempre que necessário como: Anestesista, Neonatologista, Assistente Social e Psicóloga

Em cada turno está escalada uma equipa de enfermagem constituída por 7-8 elementos, sendo 4 EESMO e 4 generalistas. O chefe de equipa é sempre o EESMO assim como os responsáveis pelas salas de dilatação e salas de parto. Fica ainda atribuído um EESMO às admissões. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável. A equipa médica é constituída por 6 Obstetras em permanência no Bloco de Partos e uma anestesista que fica de chamada. Em cada turno estão distribuídos ainda 4 auxiliares de acção médica.

A admissão da grávida no hospital é feita na Urgência de pediatria e daí são efectuados os devidos procedimentos administrativos e encaminhada para o serviço de Urgência de Obstetrícia / Ginecologia.

Depois de inscrita a grávida e o respectivo acompanhante aguardam na sala de espera pela chamada. A triagem pode ser efectuada por um EESMO ou um médico Obstetra e de acordo com a hora de chegada. Se a triagem foi feita por um EESMO mas se a grávida ainda não estiver na fase activa do trabalho de parto, a decisão de internamento é sempre do Médico Obstetra. O internamento pode ser para a sala de partos ou para o Serviço de Medicina Materno-fetal.

Quando se decide o internamento, é fornecido à grávida um kit composto por uma bata aberta atrás, uma bata que faz de roupe, um par de chinelos, uma cueca descartável e um penso higiénico. A utente retira toda a sua roupa e pertences que entrega ao acompanhante. A utente é acolhida depois na sala de partos, onde realizará todo o 1º estágio do trabalho de parto. O acompanhante significativo pode entrar logo que prestados os primeiros cuidados à utente (monitorização externa, punção de via periférica e colocação de soro em curso) e poderá permanecer e acompanhá-la durante todo o trabalho de parto. É permitido a este acompanhante sair e entrar sempre que sentir necessidade.

A transferência das puérperas para o serviço de internamento de obstetrícia é efectuada habitualmente duas horas após o nascimento do RN, dependendo da situação clínica de ambos e das vagas disponíveis no serviço de internamento.

O tempo de internamento no serviço de Obstetrícia varia conforme o tipo de parto: 36 horas para partos eutócicos, 48h para partos distócicos (fórceps ou ventosa) e 72h para partos por cesariana.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A experiência de dar à luz é tão marcante que, segundo Lopes et al (2005) citando Kitzinger (1987), durante anos, o evento e os sentimentos experienciados durante o nascimento do bebé serão lembrados nos mínimos detalhes. Estes sentimentos podem ter efeitos duradouros tanto positiva como negativamente.

Uma experiência de parto positiva pode contribuir fortemente para a transição para a maternidade e favorecer a vinculação. Por outro lado uma experiência negativa pode ter efeitos negativos sobre a mulher podendo levar a situações de depressão.

No final do século XX os profissionais de saúde começaram a ficar despertos para a importância da qualidade dos cuidados prestados à mulher em trabalho de parto, mas a humanização da assistência obstétrica ainda representa, actualmente, um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e para a sociedade. (SILVA, BARBIERI e FUSTINONI, 2009).

A preocupação e intenção de proporcionar uma experiência de parto positiva à mulher/família tem, com o contributo das orientações emanadas pela OMS, trazido alterações na forma como estas são acompanhadas durante o trabalho de parto, visando a “humanização” deste evento e principalmente trazendo uma mudança de olhar sobre o mesmo. O trabalho de parto deve ser acompanhado de um cuidado humanizado, caracterizado por atitudes sensíveis por parte da equipa de saúde devendo a grávida /família ser vista como um ser-Humano integral, autónomo e indivisível.

É fundamental parar e reflectir sobre os cuidados prestados à mulher/família em trabalho de parto, pois como diz Ramalho (2009) citando Watson (2002) quando procedemos à análise da nossa prática, podemos clarificar os pontos fracos ou falhas, potenciando a mudança de atitudes, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional, com o objectivo de adequar os cuidados às necessidades concretas daqueles que cuidamos.

O cuidado está intrinsecamente ligado ao conforto e ambos são fundamentais no trabalho de parto. Confortar permite que a pessoa se sinta cuidada. O cuidado envolve também um ambiente acolhedor, atencioso e caloroso que lhe propicie alívio no sofrimento, segurança, bem-estar e lhe permita o desenvolvimento de técnicas de coping eficazes para a adaptação à condição que está a ser vivenciada.

A revisão da literatura efectuada revelou a existências de inúmeros factores que influenciam a experiência de parto, alguns deles transversais à maioria dos estudos. Optei, neste

desenvolvimento conceptual, aprofundar um pouco mais os conceitos que considere mais determinantes na experiência de parto.

1 – Objecto de Estudo

De acordo com o plano de estudos, pretende-se com a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional nomeadamente na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que os formandos desenvolvam competências para a assistência especializada à mulher e família, em situação de saúde ou doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao RN até ao 28º dia.

O enfermeiro pela sua posição privilegiada junto da grávida/família tem um papel de particular relevância na identificação das suas necessidades de saúde, no sentido de prevenir e ajudar a resolver necessidades ou problemas detectados. Por outro lado, pela sua experiência e saberes profissionais, possui atributos fundamentais para poder acompanhar a grávida e família em trabalho de parto, ajudando-a a identificar os stressores e a escolher o melhor caminho para o fortalecimento das linhas de defesa flexível, normal e de resistência que lhe permitirá a melhor adaptação e resposta à situação experienciada.

É na capacidade do enfermeiro encontrar o “outro” para conseguir ajustar saberes gerais à situação de vida daquela pessoa/família que reside a verdadeira dimensão do cuidar.

No âmbito deste percurso académico e com a elaboração deste Projecto de Estágio procurei aprofundar conhecimentos sobre as variáveis que envolvem a experiência de parto e desenvolver competências técnicas e pessoais enquanto futura EESMO e ainda partilhar e adquirir saberes com a equipa de enfermagem do local de estágio, numa perspectiva de mudança e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Pretendo que este Projecto sensibilize os profissionais para o caminho que é necessário percorrer para melhorar as vivências de parto das grávidas/famílias que recorrem às nossas instituições e reforçar os aspectos positivos já implementados, contribuindo assim para a excelência e qualidade dos cuidados prestados.

2 - Dor

Desde há muito que se tem procurado proporcionar uma vivência mais positiva da experiência de parto, em particular a diminuição da dor envolvida. A dor durante o trabalho de parto é relatada desde a antiguidade e mantém-se ainda hoje apesar de já muito se ter investido no desenvolvimento de estratégias para o seu alívio.

A maioria das mulheres refere a experiência de parto como uma experiência difícil, pautada pela dor, medo e emocionalidade negativa, sendo a dor um dos elementos que mais negativamente interfere na experiência. Pacheco, Figueiredo e Costa (2005), citando Leventhal et al (1989) afirmam que a dor é uma das dimensões mais adversas do parto, razão pela qual a maioria das mulheres espera vir a sentir, e sente, muita dor. Os mesmos autores, citando Niven (1989) referem que as mulheres com expectativas mais irrealistas do parto são as que experienciam níveis mais elevados de dor.

A dor está ligada ao medo. A dor de parto é uma consequência das modificações nas estruturas maternas que ocorrem no trabalho de parto. Existe uma mútua influência entre a dor de parto e a biomecânica do parto. Assim toda e qualquer acção desenvolvida para facilitar a biomecânica do parto diminuirá a dor e as acções para diminuir a dor facilitarão a biodinâmica do parto.

Muitas são as questões que se colocam em torno da dor de parto, algumas das quais ainda sem resposta. A génese, o significado biológico, a base anatomo-fisiológica e os factores que condicionam a dor de parto constituem ainda uma obscura e complicada temática. São ainda poucos os conceitos que se podem abordar de forma precisa e concreta, apesar de serem muitas as investigações realizadas, umas baseadas no campo das hipóteses, outras optando pelo caminho da teoria, com mais ou menos fundamento (GODOY, 2007).

A influência psíquica na dor do parto foi de tal forma magnificada que os naturalistas chegaram a negar a sua entidade neuro-fisiológica. Para eles, a dor de parto é um processo de natureza exclusivamente psicológica, produto do medo e de alguns reflexos condicionados, mas para Godoy (2007) é errado negar a origem neuro-fisiológica da dor assim como também não se pode negar a influência dos factores psíquicos.

Por outro lado, Carrascosa (2010) citando Dick-Read (2005) refere que não existe nenhuma função fisiológica no organismo que seja dolorosa, em condições normais, num estado saudável, pelo que o mesmo deveria suceder com o trabalho de parto e que em nenhuma outra espécie animal, o processo de parto parece estar associado a algum tipo de dor ou sofrimento, salvo em situações patológicas ou as que se podem dar em cativeiro.

Apesar de ser grande a complexidade da dor de parto, há algo que é muito claro: os profissionais de saúde têm a obrigação de combater e controlar essa dor. Albert Schweitzer citado em Direcção Geral de Saúde (2003) afirma que o profissional de saúde tem a “obrigação e o privilégio de aliviar a dor”. As medidas não farmacológicas para o alívio da dor, enquanto actividades autónomas de enfermagem devem ser usadas podendo o ser uso ser isolado ou em concomitância com analgésicos de prescrição médica. Algumas das medidas não farmacológicas passíveis de serem aplicadas no trabalho de parto incluem: o relaxamento com imaginação, distração, aplicação de calor, massagem, exercício, toque terapêutico, conforto e musicoterapia. A Direcção Geral de Saúde (DGS) criou em 1999 um grupo de trabalho para a Dor, que em colaboração com a associação Portuguesa para o Estudo da Dor implementa um Plano Nacional de Luta contra a Dor, aprovado por despacho Ministerial de 26 de Março de 2001 que define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e dá orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor (circular normativa n11/DGS/DPCD/de 18/06/08). Em 14 de Junho de 2003 a DGS elabora uma Circular Normativa - nº9 (ANEXO II) onde a dor é considerada o 5º sinal vital. Foi considerado no mesmo documento como boa prática, o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização das escalas para mensuração da intensidade da mesma e a inclusão da dor na folha de registos de sinais vitais do doente.

A OE define no documento DOR – Guia orientador de boas práticas (2008) que os “enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado” e ainda “os enfermeiros devem defender as mudanças das políticas e alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor”.

3 - Medo e ansiedade

O medo é um sentimento que desperta o estado de alerta, demonstrado pelo receio de fazer alguma coisa, é uma reacção primária e manifesta-se tanto nos animais como nos seres humanos. O mecanismo que desencadeia o medo, tanto nas pessoas como nos animais, encontra-se no cérebro, mais propriamente no sistema líbido, que é o responsável por controlar as emoções. O medo produz alterações fisiológicas imediatas, desenvolve o metabolismo celular, aumenta a pressão arterial, os níveis de adrenalina, a glicose no sangue assim com a actividade cerebral. O

sistema imunológico fica diminuído assim como todas as funções não essenciais. O sangue flui para todos os músculos maiores especialmente os dos membros inferiores para permitir a fuga.

Carrascosa (2010) citando Dick Read (2005) refere que o sentimento de medo durante o parto também faz com que o sangue se distribua por outras partes do corpo diferentes do útero como resposta ao mecanismo de alerta. Como resultado o útero recebe quantidades mais pequenas de sangue, que o condiciona a trabalhar em condições mais difíceis e menos eficientes, gerando uma situação de dor.

Hoje sabe-se por diversos estudos científicos que uma das consequências de menor aporte de oxigénio ao útero é o aumento de produção de ácido láctico no músculo acidificando o meio. Para que as contracções uterinas ocorram de forma espontânea é necessário que o útero tenha um PH não ácido, pelo que a produção aumentada de ácido láctico condiciona contracções menos eficazes, fazendo que os partos se prolonguem ou não evoluam, ao mesmo que tempo que o ácido láctico cristalizado no músculo pode gerar mais dor.

O medo relaciona-se de forma complexa com outros sentimentos tais como o medo do medo, medo do amor, medo da felicidade, medo da morte... e com a ansiedade. As relações entre a dor e a ansiedade são recíprocas: a dor acentua a ansiedade, e a ansiedade incrementa a dor. A dor é fonte de ansiedade, pois provoca fantasias em relação ao corpo e sua integridade e para Areskog, Uddenberg e Kjessler (1984) citados por Lopes (2005) “o medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade alimentados durante a gestação e está associado ao aumento do risco de a gestante ter uma experiência negativa do parto”.

Perante o que já foi referido percebemos que medo do parto está relacionado com várias causas, entre elas as de origem biológica, psicológica, social e cultural. As causas biológicas relacionam-se com o medo da dor. As psicológicas estão muitas vezes relacionadas com traumas anteriores, sentimentos de desamparo, de ansiedade, com a personalidade da grávida, entre outros. De entre os factores sociais encontram-se a falta de apoio e baixo nível educacional. Para os factores culturais as causas mais associadas são as histórias de horror que são passadas de geração em geração. A tão conhecida passagem bíblica: “parirás com dor” pode gravar-se na memória da grávida como uma sentença fatal e gerar pânico em relação ao que se pode esperar do parto.

Existem também alguns medos ancestrais que as grávidas carregam consigo, como o medo da morte, medo da dor, medo de ter um filho com malformações, medo de perder o controlo das situações, e medo do desconhecido. Rocha et al (2010) citando Carvalho e Cunha (2007) refere

que “o medo da dor do parto é algo que apavora muitas mulheres e as condiciona de forma negativa para o momento mais importante das suas vidas”.

Um dos maiores receios é não saber o que vai acontecer, o desconhecimento de uma experiência que nunca vivenciaram.

A informação é uma das melhores armas contra o medo. Por isso a mulher deve conhecer a fundo o processo de parto em todas as dimensões. Conhecer fisicamente o lugar onde vai dar à luz, conhecer a maneira de proceder do pessoal e os procedimentos técnicos a que vai estar sujeita vão diminuir consideravelmente o medo relacionado com o parto.

Otley (2011) citando Sjögren (2000) também refere, como algumas das razões mais comuns para o medo do parto, a falta de confiança na equipa obstétrica e o facto das mulheres se sentirem excluídas das decisões. Isto reforça a ideia da necessidade e vantagem de uns bons cuidados de enfermagem obstétricos que têm o potencial de melhorar a experiência das mulheres, oferecendo-lhes informação, possibilidade de escolha e advocacia.

Os profissionais de saúde, perante um parto fisiológico, de uma mulher saudável, devem lembrar-se e acreditar que o parto não é uma doença nem um acto médico-cirúrgico. O melhor que podem fazer é respeitar e potenciar essa fisiologia, essa experiência vital. Em todo o trabalho de parto a postura dos profissionais deve ser de um discreto segundo plano, transmitindo fundamentalmente segurança, confiança e potenciando a autonomia. Devem-se lembrar que num parto não deve haver pressa, respeitando o ritmo biológico individual de cada mulher e de cada trabalho de parto. Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia devem saber utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e ajudar a mulher a enfrentar a sensação de abandono, medo da solidão e medo da morte. A massagem adequada, a palavra precisa e a promoção de uma respiração relaxante, entre outros actos terapêuticos são imprescindíveis para se voltar a recuperar o sentido do acto de parir e nascer. Carrascosa (2010) citando Michel Odent (2004) diz ainda que na hora do parto as mulheres devem sentir-se seguras, sem se sentirem observadas e num ambiente adequado.

4 - Expectativas sobre o parto

A preparação para a maternidade obriga a uma reorganização psicológica, social e relacional da mulher. Uma correcta antecipação da experiência de parto condicionará comportamentos mais adequados na situação de parto. A mulher pode ter ideias pré concebidas de como a experiência de parto vai acontecer, e se não ocorrer de acordo com as suas expectativas pode sentir-se

insatisfeita e sem capacidade de actuação. É durante a gravidez que a futura mãe constrói expectativas relativamente ao modo como será a sua experiência de parto, pelo que a Obstetrícia necessita de actuar mais a nível pré-natal, na tentativa de preparar melhor as mulheres para o parto, adequando mais as suas expectativas à realidade (PACHECO, FIGUEIREDO e COSTA, 2005).

Apesar das expectativas construídas em torno do parto influenciarem, pelo menos em parte, o modo como é vivenciado, a forma como a experiência de parto é efectivamente percebida assume um carácter único e, muitas vezes, inesperado (COSTA et al, 2003).

A experiência de parto é pois subjectiva e não pode ser generalizada. Existem inúmeras transformações associadas ao parto tais como o relacionamento com o companheiro, com o bebé e com outros filhos, que justificam o acréscimo de ansiedade com que o parto é esperado.

O contacto imediato com o filho após o nascimento é um factor que parece estar associado a uma vivência mais positiva do parto.

5 - Papel do Enfermeiro Especialista

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente é fundamental, sendo determinante que o enfermeiro veja a parturiente como um todo, com outras necessidades de cuidados para além dos físicos, ou seja que o cuidado se integre numa visão holística.

Fialho, citando Santos (2001), refere que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia desempenham um papel relevante na humanização durante o processo de nascimento. No entanto, é necessário que os EESMO continuem a investir e a envolver a equipa multidisciplinar no cuidado humanizado à parturiente. No parto humanizado, a mulher pode reencontrar a sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem (FIALHO, 2008 citando OSAVA, 2003).

A humanização da assistência ao parto exige, principalmente, que a actuação do profissional, nomeadamente o EESMO, respeite os aspectos da sua fisiologia do trabalho de parto, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto e, ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família. Em síntese, a humanização passa por acolher a parturiente, respeitar a sua individualidade, oferecer ambiente seguro, promover a presença de um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia ou agentes químicos/terapêuticos desnecessários.

A parturiente deve ser acompanhada por pessoal devidamente capacitado, para que as intervenções ocorram em momento oportuno e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da parturiente e do feto, tentando não utilizar métodos invasivos.

Ramalho (2009) refere que apesar das parturientes, durante o trabalho de parto, necessitarem de muitos cuidados altamente especializados, elas gostam de ser envolvidas no processo de decisão. Quando os enfermeiros especialistas ou os médicos se mostram muito autoritários, a parturiente reage negativamente, dado que sente a autoridade dos profissionais como uma forma de dominação que viola a sua dignidade, ou seja relacionam com a falta de respeito, pois “o respeito é uma forma genuína de atenção para com os outros, uma profunda veneração pela dignidade humana, consistentemente demonstrada. Isto quer dizer que são os valores, as esperanças e prioridades das pessoas que determinam as actividades do enfermeiro”. Ramalho (2009) citando Parse (2003).

O conceito de humanização do parto é actualmente bastante diversificado mas está amplamente relacionado com o respeito pela individualidade das mulheres, colocando-as como protagonistas, capacitando-as para um papel activo no decorrer de todo o trabalho de parto.

No processo de empowerment/capacitação da mulher para o parto, ela tem um grande aliado: o seu corpo. Para Verena Schmid (1999) é a integração e utilização de todos os recursos, quer biológicos, quer sociais (cognitivo, intelectual e tomada de decisão) que levam a um poderoso processo de empoderamento. Para a mesma autora o poder de dar à luz é a capacidade de se entregar ao natural desenvolvimento biológico do trabalho de parto, a capacidade de aliviar a dor, a tensão e a fadiga acumuladas por contracções involuntárias do corpo, aceitando com gratidão e ternura o seu filho.

É da competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia:

“cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina e durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”. (OE, 2010).

Geralmente entendidos como promotores de um parto natural os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia têm um longo caminho a percorrer, ou seja restaurar a confiança das mulheres no seu corpo, garantir que tenham acesso a cuidados de qualidade, dar apoio e informação que contribua para a promoção de uma experiência de parto positiva.

Quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, os enfermeiros têm sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir

para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas (HESBEEN 2000).

6 - Modelo Teórico de Betty Neuman

Como estudante de enfermagem candidata à obtenção da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia necessito desenvolver competências específicas referentes ao acompanhamento das mulheres/família durante os quatro estádios de trabalho de parto e pretendo desenvolver também competências que contribuam para que essa experiência seja o mais positiva possível. Para o desenvolvimento de competências os enfermeiros baseiam-se nos modelos teóricos de enfermagem para orientar a prática, o ensino e a investigação.

As actividades desenvolvidas neste Estágio com Relatório para o desenvolvimento de competências específicas na área de Saúde Materna e Obstetrícia têm como referência o modelo teórico de Betty Neuman. O vasto âmbito deste modelo faz com que seja considerado suficientemente geral para ser útil às enfermeiras no trabalho com o indivíduo, famílias, grupos ou comunidades, em todos os contextos de saúde (TOMEY e ALLYGOOD, 2002). Escolhi o modelo de sistemas de Betty Neuman pelo facto de permitir a uniformização dos cuidados com uma abordagem personalizada e holística e adequar-se ao sistema cliente (grávida/família).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) “...as intervenções de enfermagem são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...).

A experiência de parto, é susceptível de ser afectada por diversos factores, que tanto podem ser externos ao indivíduo como internos, positivos ou negativos. A mulher em trabalho de parto experiencia stressores complexos que afectam múltiplas variáveis e só uma visão holística permitirá a prestação de cuidados adequados às suas necessidades. O modelo de Betty Neuman trabalha a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem como conceitos-chave. A pessoa é denominada sistema-cliente que pode ser o indivíduo, a família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema cliente é visto como um todo e um composto dinâmico, formado por uma estrutura básica a que Neuman chama de core. Este sistema pode ser afectado poode ser afectado por factores físicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento e funciona como um sistema aberto em interacção com o ambiente. Para Neuman o ambiente são todos os factores externos e internos que rodeiam ou interagem com a pessoa e identifica três ambientes relevantes: interno, externo e criado. A

homeostase, saúde do cliente, mantém-se através do equilíbrio entre as partes (cliente-ambiente), por isso a estrutura básica encontra-se protegida por um conjunto de linhas de defesa contra os fenómenos que podem ocorrer do exterior ou seja os Stressores.

A linha de defesa mais externa ao core é denominada de linha de defesa flexível e a sua principal função é defender o sistema da invasão de stressores ao normal estado de bem-estar (ex: insónia). A linha de defesa intermédia é designada de linha de defesa normal e representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. Funciona como um padrão para avaliar os desvios do habitual bem-estar do cliente (ex: estratégias de Coping). As linhas mais internas designadas de linhas de resistência, circundam a estrutura básica e representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra os stressores (ex. sistema imunitário)

Quando há falha no processo de estabilização, ou quando o estado de desarmonia permanece por muito tempo, quebrando as linhas de defesa flexível, normal e de resistência, o sistema cliente alvo de cuidados deixa de ter capacidade de satisfazer as necessidades e então surge a doença. A necessidade de reajustamento aumenta a situação de stress (resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito), sendo os stressores os estímulos produtores de tensão e que podem ser negativos ou positivos.

Neste modelo a enfermeira é vista como uma participante activa com o cliente e relaciona-se com todas as variáveis que afectam a resposta do individuo aos stressores.

Para ajudar o cliente a reter, adquirir ou manter a estabilidade do sistema são desenvolvidas acções intencionais e que Neuman denomina de intervenções. Estas intervenções podem ocorrer antes ou depois das linhas de defesa flexíveis, normal ou de resistência serem penetradas, podendo ser a três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária.

“a prevenção primária é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor. Ainda não ocorreu a reacção mas o grau de risco é conhecido” (...) “a prevenção secundária envolve intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas de stress”(…) O cliente utiliza os recursos externos e internos para estabilizar o sistema, fortalecendo as linhas internas de resistência(...) “a prevenção terciária surge depois do tratamento activo ou do estágio de prevenção secundária e o seu objectivo principal é fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o reaparecimento da reacção ou a regressão”. (TOMEY e ALLYGOOD, 2002).

À luz deste modelo a vigilância da gravidez e a preparação para o parto inserem-se no âmbito da prevenção primária, pois as acções de educação para a saúde desenvolvidas a este nível vão capacitar a grávida/família a fortalecer a linha de defesa flexível e a reduzir a possibilidade de enfrentar stressores (que podem já estar identificados ou podem ser classificados como possíveis). O trabalho de parto é a fase em que a grávida/família se deparam com a necessidade

de lidar com os stressores. A reacção do cliente a estes stressores vai depender da defesa normal que foi aprendida, do tempo de luta com esses stressores e das características específicas do sistema cliente. Quando ocorrem sintomas de stress são desenvolvidas intervenções e tratamentos inseridos no nível de prevenção secundária. O EESMO, como principal prestador de cuidados deve estar atento às respostas do cliente ao stress para o poder identificar precocemente os sintomas e direccionar o tratamento. É necessário nesta fase, utilizar os recursos do cliente para haver estabilização do sistema.

Na prevenção terciária é necessário haver uma readaptação, reeducação para prevenir futuras ocorrências e manutenção da estabilidade. Se com o desenrolar do trabalho de parto o cliente (grávida/família) não conseguir satisfazer as suas expectativas prévias e se se estiver a afastar de possibilidade de ter uma experiência de parto positiva, cabe também ao EESMO, encontrar estratégias, em conjunto com o cliente para tentar aproximar o mais possível o resultado final do resultado pretendido.

II - METODOLOGIA DE ESTUDO

A metodologia de estudo baseou-se na utilização da metodologia de projecto. Um projecto “é a prefiguração exacta (...) do que se pretende concretizar. É a passagem do desejo à intenção e desta à acção” (BOTELHO, 1994). Um projecto deve ser simples, realista, exequível, flexível e adequado ao factor tempo.

Assim foram utilizadas as etapas desta metodologia de trabalho/estudo, nomeadamente:

- Identificação e formulação do problema
- Planificação das actividades
- Desenvolvimento do projecto
- Apresentação do projecto
- Avaliação

Como actividade desenvolvida no âmbito desta metodologia de estudo foi realizada uma revisão da literatura com uma pesquisa em base de dados científicos.

Com esta revisão da literatura pretendo identificar os principais factores que influenciam a experiência de parto, reflectir sobre a prática de cuidados e o papel do EESMO na promoção de uma experiência de parto positiva, gerando algumas sugestões para a prática clínica.

Foi formulada a pergunta de investigação e depois defini a estratégia de pesquisa.

Para a formulação da pergunta de investigação segui o método **PICOD**:

- **P**: *Participant* – Grávidas / Casais em trabalho de parto
- **I**: *Intervention* – Cuidados de enfermagem promotores de uma experiência de parto positiva.
- **O**: *Outcomes* – Promoção de uma experiência de parto positiva

Para a selecção dos estudos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos qualitativos e quantitativos onde fossem avaliados os factores que influenciam a experiência de parto e o papel do enfermeiro na humanização do parto e na promoção de experiências de parto positiva. Foram excluídos os resultados inerentes a partos distócicos e gravidez não desejada.

1 - Estratégia de pesquisa da literatura

A identificação dos artigos considerados pertinentes foi feita fundamentalmente e de forma exaustiva utilizando uma estratégia de pesquisa que incluiu bases de dados CINAHL, MEDLINE, SciELO, B-ON e EBSCO.

A pesquisa foi feita entre Fevereiro e Junho de 2011, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram seleccionados os estudos publicados na Europa e América a partir de 2000 que incluíram grávidas e puérperas com idades compreendidas entre os 18 e 45 anos.

Foram utilizados os seguintes descritores: *dor de parto, medo, experiência de parto e papel do enfermeiro*.

Numa primeira fase todos os artigos identificados foram numerados, obtendo-se um total de 25 estudos.

A leitura dos títulos e análise dos resumos permitiu uma avaliação sumária da relevância dos mesmos. Foram seleccionados 17 estudos que pareciam, depois desta análise preliminar, poder incluir-se nos critérios definidos ou havia dúvida sobre se deveriam ser incluídos., mas após leitura mais aprofundada dos mesmos apenas 14 foram seleccionados. Construiu-se um quadro com o resumo dos estudos, autores e objectivos para facilitar a leitura e interpretação dos resultados. (Quadro I). Um quadro mais completo com todas as características dos estudos será apresentado posteriormente (APÊNDICE II).

Esta análise da literatura permitiu agrupar os estudos pelos principais factores apontados como influentes na experiência de parto, tais como: *presença de acompanhante, dor sentida, profissionais de saúde, o autocontrolo, expectativas criadas, conhecimentos, satisfação e medo*.

2 – Competências e objectivos

De acordo com o Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia a frequência deste curso tem como finalidade desenvolver competências gerais técnico científicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados em Saúde Materna e Reprodutiva.

Apresento de seguida as competências gerais e específicas que me propus desenvolver neste percurso académico, seguidas dos respectivos objectivos e actividades.

2.1. – Competências gerais

Durante esta unidade curricular procurei dar cumprimento aos objectivos gerais definidos desenvolvendo competências técnico-científicas, éticas e relacionais que me permitissem prestar cuidados de excelência à mulher/RN/família como preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, da Ordem dos Enfermeiros, nas competências descritas pela International Confederation of Midwives e no Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objectivos gerais:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal.
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada.
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação/ optimização à vida extra-uterina.

As actividades desenvolvidas para atingir estes objectivos encontram-se descritas em anexo (APÊNDICE III).

2.2 – Competências específicas do EESMO que contribuam para melhorarem a experiência de parto

Com a elaboração deste estudo procurei desenvolver competências específicas pessoais e profissionais específicas que durante o meu desempenho possam contribuir para melhorar a experiência de parto das grávidas/casais. Destas competências específicas saliento o

desenvolvimento do pensamento crítico, identificação e análise dos problemas, a recolha, selecção e tratamento da informação e tomada de decisão nas actividades planeadas e desenvolvidas bem como na avaliação dos resultados.

Para atingir as competências específicas defini alguns objectivos e actividades. Definir um objectivo nem sempre é fácil, pois como nos diz Fernandes (1998) um objectivo “consiste em determinar até onde queremos chegar. Para efeito é necessário atender à realidade (necessidades, recursos, obstáculos). Assim o objectivo deve ser pertinente, preciso, exequível, mensurável e claramente expresso”.

Objectivo específico 1 – Aprofundar conhecimentos sobre os factores que condicionam a experiência de parto, através da revisão da literatura, e desenvolver competências técnicas-científicas e pessoais que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados.

Actividades desenvolvidas:

- Realização de revisão da literatura em bases de dados científicas (CINHAL, MEDLINE; SciELO, B-ON e ESBCO Host);
- Análise e reflexão sobre os resultados dos estudos encontrados;
- Realização de sessão de formação em serviço com apresentação dos resultados dos estudos e a sua análise, proporcionando a reflexão sobre as práticas instituídas e estratégias para a mudança;
- Realização de um filme em Movie maker com algumas imagens e frases elucidativas sobre a temática (APÊNDICE IV) e apresentação à equipa de enfermagem do Bloco de Partos do HFF como momento de reflexão e partilha de experiências;
- Construção de duas colectâneas de artigos, em suporte de papel, com os estudos consultados durante a revisão bibliográfica e considerados como pertinente para a promoção de experiências mais positivas do parto, para deixar no Bloco de Partos do HFF (local de Estágio).

Objectivo específico 2 – Melhorar a articulação entre os CSP (USF AlphaMouro) e o Bloco de Partos do HFF, no âmbito da visita guiada das grávidas/acompanhantes ao Bloco de Partos.

Actividades desenvolvidas:

- Elaboração de uma norma de procedimento, segundo as orientações e necessidades do serviço (Bloco de Partos do HFF), e de acordo com a temática abordada (APÊNDICE V)
- Apresentação da norma à Enfermeira Chefe do Bloco de Partos para apreciação e posterior validação e aprovação.

Pretendo *a posteriori* dar continuidade a este projecto no meu local de trabalho. O facto de ser responsável pela organização da equipa de enfermagem da USF, pela supervisão dos cuidados de enfermagem, pela gestão de material e formação em serviço, permite-me e responsabiliza-me por dar continuidade ao trabalho iniciado no Ensino Clínico, na promoção da melhoria dos cuidados prestados na vigilância pré-natal indo de encontro à opinião de Keen-Payne e Bond, citados por Pacheco (2005): “é essencial actuar mais a nível pré-natal, na tentativa de preparar melhor as mulheres para o parto, adequando mais as suas expectativas à realidade”.

Para promover a continuidade deste Projecto determinei alguns objectivos e actividades que pretendo implementar na USF:

Objectivo específico 3 - Divulgar o projecto profissional junto dos profissionais da USF AlphaMouro e desenvolver estratégias que possam contribuir para a melhoria de cuidados prestados às grávidas/casais vigiados na USF AlphaMouro no acompanhamento pré-natal e na preparação para a parentalidade.

Actividades desenvolvidas:

- Agendamento de uma sessão de formação em serviço para dia 07-09-2011 às 13h na sala de reuniões da USF para divulgação do projecto;
- Divulgação da sessão através da afixação do mapa mensal de reuniões/sessões em serviço (ANEXO III) e da convocatória colocada nos livros de ponto;
- Apresentação do projecto aos profissionais presentes, utilizando como meio auxiliar o power point; (APÊNDICE VI);
- Apresentação do filme aos profissionais da USF como momento de reflexão e partilha de conhecimentos;

- Fornecer, para a biblioteca do serviço, uma compilação dos estudos consultados mais pertinentes sobre a experiência de parto e factores que interferem na mesma, em suporte de papel, com índice, ano da realização e autores.
- Promoção de uma visita mensal ao HFF (Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia) a todas as grávidas inscritas na USF AlphaMouro a partir das 35 semanas de gestação;
- Elaboração de uma norma de procedimento para a USF sobre a Visita ao Hospital, abordando os benefícios para grávida/família, critérios e circuito de referenciação (APÊNDICE VII);
- Propor à equipa da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) a reestruturação do Curso de Preparação para a Parentalidade (CPP) em termos dos conteúdos abordados e na utilização de metodologias mais activas;
- Propor à URAP a alteração do horário do CPP para um horário mais compatível com o horário laboral (18h às 20h) para proporcionar a participação dos pais e mães trabalhadores;
- Elaboração, com as grávidas que frequentam o CPP, de um plano de parto pessoal, exequível e adaptado à realidade hospitalar;
- Elaboração de uma check-list em tamanho A4 e plastificada orientadora da consulta de vigilância da gravidez, com a informação a ser veiculada durante a mesma, assim como procedimentos e actividades a serem realizadas (APÊNDICE VIII). Distribuição de um exemplar em cada gabinete de enfermagem (a colocar sobre a secretária);
- Reformulação de alguns folhetos já existentes e elaboração de novos, para serem entregues como complemento da informação transmitida nas consultas; (APÊNDICE IX).
- Elaboração de uma pasta com todos os documentos, em suporte electrónico, partilhada em rede para permitir o acesso por todos os profissionais das Unidades de Saúde.

3 - Recursos utilizados

Para a elaboração deste projecto foram utilizados os seguintes recursos:

Recursos humanos:

Enfermeiros Especialistas do bloco de partos do HFF enquanto peritas (OL e Enfermeira Chefe)

Enfermeiros generalistas do bloco de partos do HFF e da USF

Enfermeira da USP na leitura do relatório

Enfermeira Orientadora do Relatório e do Ensino Clínico

Utentes do Bloco de partos e da USF

Recursos materiais:

Duas resmas de papel branco para impressão

Encadernação de duas compilações dos estudos consultados

Tinteiro preto HP

Tinteiro a cores HP

Plastificação de 6 check-list

Computador

Impressora

Video projector

2 CD/DVD

Papel, canetas, lápis

Sala de Reuniões do Bloco de partos e da USF para as sessões de formação em serviço

4 - Questões éticas

Prestar cuidados de enfermagem, implica sempre lidar com uma escala de valores, nossos e dos outros, sendo estes uma referência para a nossa forma de estar e viver, de nos relacionar-mos com o mundo e os outros, por isso se torna tão importante a questão ética no processo de cuidar.

Cuidar de alguém implica saber muita coisa! Saber quem é o outro, quais as suas capacidades, quais as suas limitações, quais as suas necessidades, o que contribui para o seu desenvolvimento,

entre outras. Cuidar dos outros tem um valor fundamental quando contribui para a liberdade humana, para a escolha e para a responsabilidade.

Para haver ética no agir é preciso haver qualidade nos cuidados que se prestam.

Fortin (1999:114) refere que a “ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Os enfermeiros utilizam princípios éticos, como linhas orientadoras que os ajudam a criar juízos morais na sua prática profissional (justiça, bem, prudência, dever, responsabilidade, entre outros).

“... pela sua especificidade, pela relação tão próxima com os outros, pela vivência intersubjectiva e existencial, pela prática quotidiana, pelo conflito de valores e situações dilemática, o enfermeiro deve saber discernir e responder de forma assertiva e justa, em plena observância de valores éticos fundamentais” (Figueiredo, 2004:21)

Os direitos e deveres dos enfermeiros foram consagrados pela primeira vez em 1996 com a publicação do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE) e foram depois reformulados com a publicação do decreto-lei 104/98 de 21 de Abril que garante os direitos e deveres estabelecidos no estatuto da OE.

“ os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora” (NUNES et al, 2005:17).

Tendo por base a Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos Humanos, as práticas desenvolvidas durante este Ensino Clínico foram orientadas de forma a respeitarem os princípios éticos fundamentais da Autonomia, Beneficência e não Maleficência, Vulnerabilidade, Igualdade, Justiça e Equidade, e enquadradas no Código Deontológico do Enfermeiro.

- **Autonomia** e responsabilidade individual: no decurso das minhas intervenções a autonomia das grávidas/família no que respeita à tomada de decisão, desde que assumida a respectiva responsabilidade e reconhecidos os deveres para com os outros, foi sempre respeitada. No entanto, em Obstetrícia as escolhas das grávidas/famílias envolvem sempre segundas e por vezes terceiras pessoas, sendo o respeito pelo princípio da autonomia colocado muitas vezes em causa. As próprias “normas” da instituição tornam-se num constrangimento ao cumprimento deste princípio. Para promover a autonomia, a grávida/família por mim cuidada foi sempre informada dos procedimentos a que iria ser sujeita, explicados correctamente os riscos/benefícios e pedido sempre o consentimento

para a realização de qualquer prática, respeitando os desejos e vontade da grávida/família, sem exercer qualquer tipo de coacção, nomeadamente no que se refere à observação interna, à escolha da presença ou não de um acompanhante, recurso a estratégias para alívio do sofrimento, medidas de conforto, contacto pele a pele com o RN, corte do cordão umbilical, entre outros. Uma das “rotinas” da instituição, que é um constrangimento ao cumprimento deste princípio é o número de profissionais presentes durante a observação da utente e durante o parto. Poucas vezes se respeita o direito da mulher decidir não se expor perante tanta gente...

- **Vulnerabilidade** humana e integridade pessoal: os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos e deve ser respeitada a sua integridade pessoal. Os enfermeiros têm o dever de cuidar e proteger os interesses das grávidas/famílias e não tirar vantagens da sua ingenuidade, ignorância ou vulnerabilidade. A situação das grávidas perante o trabalho de parto e internamento coloca-as numa posição vulnerável, de pessoas com necessidades, que podem ser atingidas por algo no plano físico, psíquico, social ou moral, que reclamam a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados. Elas sentem um risco iminente que lhes provoca sofrimento, tornando-as assim vulneráveis. Os cuidados de enfermagem passaram pela disponibilidade, pela informação, pela promoção da autonomia.

- **A Igualdade, justiça e equidade:** que define o direito a todas as pessoas a não serem discriminadas por considerações biológicas, tais como raça, sexo, idade, situação de saúde entre outras. A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa. Deve ser evitada a discriminação negativa, abuso e exploração das pessoas. No respeito pelo princípio da justiça, tive o cuidado de proporcionar a cada grávida/família o que lhe era devido, isto é proporcionar que em situações similares fossem tratadas de forma semelhante, respeitando a individualidade de cada uma, assegurando que todas tivessem as mesmas oportunidades. A população utilizadora do HFF é multicultural, multiétnica e de diferentes estratos sociais o que evidencia a necessidade de um maior respeito pelo princípio da igualdade, equidade e justiça, não fazendo discriminações de qualquer tipo relacionadas com etnia, moral, religião ou condição social.

- **Beneficência - não maleficência** – Defende a obrigação de evitar fazer o mal ou prejudicar de forma intencional ou negligente. O dever de ajudar o outro a obter o que é bom para si, sem incorrer em paternalismo, o dever de não prejudicar aqueles de quem se cuida. O não causar dano torna-se por vezes mais imperativo do que o praticar o bem. Na minha prática de cuidados tive sempre a preocupação de não actuar em situações sobre as quais não tivesse total domínio de conhecimento ou domínio técnico, em que não sentisse segurança, sem recorrer ao apoio de outros profissionais evitando situações de negligência e/ou dano perante as grávidas/famílias por mim cuidadas.

Tal como foi referido anteriormente o Código Deontológico foi sempre respeitado no decorrer do ensino clínico nomeadamente nos seguintes artigos:

- Art.º 78º - Realização de intervenções de enfermagem tendo como preocupação a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.
- Art.º 81º - a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.
- Art.º 81º - e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.
- Art.º 83º - b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência.
- Art.º 83º - d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.
- Art.º 84º - a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem.
- Art.º 84º - b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.
- Art.º 85º - a) Considerar confidencial, toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família qualquer que seja a fonte.
- Art.º 85º - b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos

III - RESULTADOS DOS ESTUDOS

Os estudos foram agrupados em função dos factores identificados como susceptíveis de interferirem na experiência de parto. Depois foi feito um resumo/conclusão geral sobre a influência de cada um desses factores e que será apresentada no Quadro III.

Quadro I – Estudos encontrados

Nº	Autor	Título	Ano	Local
1	Telma Carraro et al	O papel da equipe de Saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas	2008	Brasil
2	R. Costa et al	Parto: expectativas, experiência, dor e satisfação	2003	Portugal
3	Anabela Ramalho	A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital	2010	Portugal
4	Alexandra Pacheco et al	Antecipação da experiência de parto: mudanças comportamentais ao longo da gravidez	2005	Portugal
5	Larissa Mandarano da silva et al	Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado	2009	Brasil
6	Ana Priscila Laurentino Ronconi et al	Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra	2010	Brasil
7	Fernanda Maria Silva Casquilho	A experiência e a satisfação com o parto e a confiança nos cuidados maternos	2008	Portugal
8	Ana Maria Rocha et al	Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente		Portugal
9	Francisca Nunes Cavalcante et al	Sentimentos vivenciados por mulheres durante o trabalho de parto e parto	2007	Brasil
10	Joanne O'Hare et al	Women's experience of control in labour and childbirth	2011	Irlanda
11	Júlio Alfredo Garcia Puga et al	Factores asociados a la satisfacción materna com la experiencia del nacimiento de su hijo	2009	Mexico

12	Raquel Alexandra Gonçalves Costa	Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto	2004	Portugal
13	Filipe João Correia Leitão	Autonomia da mulher em trabalho de parto	2010	Portugal
14	Petra Goodman et al	Factors related to childbirth satisfaction	2003	Estados Unidos da América

Expectativas

No estudo (2) a grande maioria das mulheres não confirmam as suas expectativas quanto ao parto relativamente à duração do trabalho de parto, enquanto as condições físicas da instituição foram de encontro às expectativas da grande maioria das mulheres assim como a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais.

No estudo (5) as mulheres entrevistadas chegaram à instituição com suas experiências, sonhos, fantasias e expectativas formuladas durante a gestação mas depois sentiram-se frustradas nas suas expectativas, experienciando a ambiguidade entre o esperado e o vivido.

No estudo (9) as grávidas referem que o parto foi muito diferente das expectativas criadas, e o estudo (11) conclui que quanto mais se cumprem as expectativas das mulheres melhor será a experiência do parto. As expectativas que as parturientes possuem sobre os cuidados no alívio da dor influenciam altamente a percepção dos cuidados recebidos (estudo 8).

Conhecimento

Relativamente aos conhecimentos sobre todo o trabalho de parto o estudo (2) refere que na sua grande maioria as grávidas consideram que não têm ou têm muito poucos conhecimentos sobre os procedimentos associados ao trabalho de parto. No estudo (5) da sua experiência de parto as puérperas relatam que vivenciaram o processo do trabalho de parto sob o controle da equipa e sem preparação. O estudo (8) refere que a mulher preparada é menos incomodada pela dor de trabalho de parto do que a mulher não preparada e o estudo (12) revela que as mulheres que demonstram maior conhecimento e maior confiança sobre o parto referem um parto menos doloroso. O desconhecimento é uma fonte geradora de medos e ansiedades e é em si mesma limitadora do exercício da autonomia pelas suas implicações na capacidade do outro em compreender a verdadeira realidade. (13)

Satisfação

No estudo (2) mais de metade das mulheres afirmam que está pouco ou nada satisfeita com a forma como o trabalho de parto decorreu no geral, que está pouco ou nada satisfeita com o tempo que demorou o trabalho de parto (estádio 1), mas é sobretudo com a intensidade de dor durante o trabalho de parto que a generalidade das mulheres está insatisfeita.

Contrariamente ao que verificámos com relação ao trabalho de parto, mais de metade das participantes diz que está bastante ou muito satisfeita com a forma como o parto (estádio 2 e 3) decorreu em geral, assim como está bastante ou muito satisfeita com o tempo que demorou, com as condições físicas da Instituição, com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, bem como com o tempo que demorou a tocar e a pegar no bebé após o parto. No estudo (6) em relação à satisfação com a forma como decorreu o trabalho de parto, quase 95% das entrevistadas se auto-avaliaram como muito satisfeitas ou satisfeitas.

Quanto maior for a satisfação materna com o parto maior será a confiança em cuidar do bebé e maior será o estado de alerta do bebé (estudo 7).

Controlo

Estudo (2) - Uma grande percentagem das participantes refere que durante o trabalho de parto teve pouco ou nenhum controlo. Da mesma forma, 67,9% das participantes sentiram-se pouco ou nada confiantes.

O estudo (10) revela que as acções de educação para a saúde efectuadas nas consultas de saúde materna e preparação para o parto contribuem para o controlo.

No estudo (9) a falta de comunicação foi referida como algo negativo e importante para o controle durante o parto.

Dor

Através do estudo (2) verifica-se que 42,6 % das mulheres incluídas no estudo considera que a dor foi superior ou muito superior ao esperado, 31,3% considera que foi igual ao esperado enquanto que 26,1% considera que foi inferior ou muito inferior ao esperado. Assim, numa escala de dor de 0 (nenhuma) a 10 (a pior jamais imaginável), a média da intensidade média de dor durante o trabalho de parto foi de 5 (moderada), enquanto a média da intensidade máxima de dor foi de 6 (bastante).

O estudo (4) também revela que a dor média esperada para o trabalho de parto é na maioria dos casos bastante ou muito elevada. Em relação à antecipação da dor no parto a situação é semelhante: a maioria das participantes espera sentir bastante ou muita dor

Para as puérperas do estudo (5) que esperavam vir a sentir menos dor num parto humanizado, concluindo-se que a dor é um factor que influencia negativamente a experiência da parto.

No estudo (6) cerca de 70% das mulheres entrevistadas informaram ter sentido dor intensa, e as do estudo (11) referem que a dor é a pior parte de toda a experiência do nascimento de um filho

No estudo (7) as mulheres com parto eutócico com anestesia epidural manifestaram-se mais satisfeitas com o parto do que as mulheres com parto eutócico e sem anestesia epidural.

Presença do acompanhante

Na sua maioria, as participantes do estudo (2) tiveram o apoio do companheiro (70,2%) e afirmam que esse apoio foi bastante ou muito útil (92,5%). Cerca de metade das participantes, para além do companheiro, contaram ainda com a presença de uma outra figura significativa durante o trabalho de parto, como seja de um familiar ou um amigo (54,8%). Relativamente ao companheiro, as participantes no estudo (4) espera muito ou bastante apoio por parte do acompanhante durante o trabalho de parto.

O estudo (6) revela que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto muda o comportamento da paciente positivamente e dá apoio emocional, humaniza o trabalho de parto com melhor resultado tanto emocional como da própria saúde da mulher. O estudo (7) revela que o maior apoio do companheiro da mulher durante o trabalho de parto e pós-parto desenvolve maior estado de alerta do bebé e aumenta a confiança da mãe em cuidar do bebé.

Medo

No estudo (4) as grávidas antecipam sentir bastante ou muito medo relativamente à experiência de parto e têm como medos mais prevalentes: morrer no parto (13,5%), ficar com sequelas físicas (14,1%) ou ficar com sequelas psicológicas (11,8%) do parto. Em relação ao bebé a situação é semelhante, algumas grávidas dizem ter bastante ou muito medo do bebé morrer no parto ou do bebé ficar com sequelas físicas ou psicológicas decorrentes do parto.

No estudo (9) este sentimento de medo foi evidenciado em quase todas as entrevistadas.

No estudo (12) os autores constata que as mulheres com medo pré-natal do parto têm risco acrescido de ter uma experiência de parto negativa.

Os profissionais de Saúde

Através do estudo (5) conclui-se que ao assistir a parturiente o profissional de saúde deve propor actividades para distração que reduzam a ansiedade, fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto, perguntar como está a ser a experiência, se sabe o que está a acontecer, como vê e caracteriza o seu trabalho de parto. Mesmo num ambiente hospitalar desconhecido, em alguns momentos durante o trabalho de parto, as mulheres fizeram escolhas quando perceberam que o profissional lhe ofereceu essa possibilidade. Reafirmaram a procura por um atendimento diferenciado, escolhendo um hospital em que não tiveram experiências negativas, onde tiveram oportunidade de recuperar a sua autonomia. Afirmam que é necessário o estabelecimento de um relacionamento verdadeiro, de uma relação terapêutica resgatando valores que humanizam a assistência ao parto.

No estudo (1) é lembrado a necessidade de cuidados personalizados, não deixando que as rotinas preestabelecidas impeçam de assegurar o melhor para cada mulher. Esta não pode ser marginalizada pelo sistema de saúde, os seus sentimentos, as suas necessidades, a sua individualidade e singularidade não podem ser desconsiderados pela equipa de saúde. Os profissionais devem ter bem claro que precisam de qualificar o cuidado por si, para si, pelos outros e com os outros.

No estudo (3) as mulheres apontam como importante na relação que estabelecem com os profissionais de saúde o sentirem consideração. Identificam a consideração com uma experiência positiva à qual atribuem significado de respeito. Para se sentirem respeitadas as parturientes necessitam da presença dos profissionais de saúde. Esta presença implica disponibilidade física, emocional e também temporal. Quando o EESMO está ausente física ou emocionalmente as parturientes entendem a falta da sua presença como uma ofensa à sua dignidade.

O estudo (6) refere que a preparação psicológico da grávida durante as consultas de vigilância pré-natal, ou mesmo, durante o início do trabalho de parto, bem como informações acerca do trabalho de parto e das sensações no seu organismo, têm sido relacionadas a menor intensidade de dor e maior taxa de satisfação pelas parturientes. As mulheres sentem-se um objecto e não um sujeito de cuidados no estudo (9), sentem que não têm poder de decisão, concluindo-se que é fundamental a obstetrícia entrar mais na vigilância pré-natal e preparar mais as mulheres para o parto. A mulher grávida compreende os profissionais como fonte privilegiada de obtenção de informação e espera deles um papel particularmente activo (estudo 13).

QUADRO II – Conclusões dos estudos sobre os factores que intervêm na experiência de parto

Factores intervenientes na experiência de parto	Conclusões
Expectativas	As mulheres avaliam a sua experiência de parto com base no cumprimento das suas expectativas
Conhecimento	São necessárias acções educativas para aproximar as mulheres à realidade do processo de parto. O desconhecimento gera medos e ansiedades. As mulheres só podem decidir se estiverem informadas
Satisfação	A satisfação tem relação directa positiva com o cumprimento das expectativas e autocontrolo e uma relação directa negativa com o nível de dor sentida.
Controlo	A informação, o apoio e a comunicação favorecem o controlo durante o parto.
Dor	A dor é o aspecto mais presente no parto e identificado como desfavorecedor de experiências positivas.
Presença do acompanhante	A presença do acompanhante provoca bem-estar físico e emocional à grávida e favorece uma boa evolução puerperal e relação com o RN.
Medo	O medo é o sentimento mais referido pelas grávidas em relação a tudo o que envolve o parto. O medo gerado durante a gravidez aumenta o risco de uma experiência de parto negativa.
Profissionais de Saúde	O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção de experiências de parto positivas ao estabelecer uma relação terapêutica com a parturiente/família, na prestação de cuidados individualizados, respeitando a singularidade de cada um e não se permitindo ficar preso às rotinas hospitalares, na disponibilidade, na comunicação e informação disponibilizada, na utilização de estratégias promotoras de alívio da dor e do desconforto.

1 - Competências adquiridas

As competências constroem-se através de vivências pessoais e profissionais ao longo do tempo e de acordo com as relações interpessoais estabelecidas e os conhecimentos práticos interiorizados. Para Pires (1994) o desenvolvimento profissional passa “obrigatoriamente por um desenvolvimento pessoal”.

Ao analisar a evolução do meu percurso académico desde o início do estágio até à data actual, poderei dizer que foi um processo crescente tanto em termos pessoais como profissionais, e que, baseada em Benner (2001) penso ter passado de iniciada para competente, e em algumas áreas, a proficiente, pois considero que adquiri competências para lidar com novas situações, com autonomia, sabendo lidar com situações imprevisíveis e aprendendo com a experiência. Para Benner (2001), a enfermeira competente (...) “tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem”.

Inicialmente, a área de prestação de cuidados em bloco de partos, era quase desconhecida para mim, tanto no percurso académico como profissional. Este Ensino Clínico tornou-se num grande desafio e ao mesmo tempo em algo muito gratificante. O processo de aprendizagem foi gradual mas consistente, permitindo aliar a minha experiência profissional de muitos anos em CSP à prática diária hospitalar, revelando-se numa mais-valia tanto para as grávida/família como para o meu processo de desenvolvimento profissional, a nível do saber, do saber fazer e também do saber estar. Foi sob o acompanhamento e orientação de peritos competentes, aliado aos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos e à minha experiência profissional que consegui subir outro nível de competência em algumas áreas, o nível de proficiente. “ a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer o que se vai acontecer” BENNER (2001)

A prestação de cuidados especializados, teve por base as competências dos EESMO, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses e pelo ICM.

Na avaliação das competências ao longo do Ensino Clínico Estágio com Relatório foram realizados três momentos de avaliação com o OE e o OL – dois formativos e um sumativo que se apresentam em anexo (ANEXO IV).

2 - Limitação do estudo e implicações /recomendações para a prática

A revisão da literatura foi feita através da navegação em bases de dados, algo que não dominava minimamente, pelo que constituiu um desafio e uma limitação para a pesquisa de evidência científica na área estudada. Tenho a referir também como limitação ao estudo o pouco tempo que me foi possível disponibilizar para o fazer assim como algumas questões de ordem familiar e pessoal.

Na nossa sociedade, o parto decorre geralmente em contexto hospitalar e ainda é considerado maioritariamente um acto médico. Foi no final do século XX que os profissionais de Saúde começaram a ficar mais despertos para a importância da qualidade dos cuidados prestados à mulher em trabalho de parto, mas ainda hoje representa uma desafio para os profissionais e para as instituições. Cabe aos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia a mudança deste paradigma.

Apesar das orientações da OMS para a promoção de um parto mais natural verifica-se ainda nas instituições, profissionais muito centrados nos modelos tecnológicos e nas rotinas hospitalares, desfavorecendo a humanização e a singularidade dos cuidados. A análise destes estudos permitiu-me reconhecer as reais necessidades das grávidas/famílias em trabalho de parto e os factores que elas identificam como influentes na sua experiência de parto. Ao conhecer os agentes stressores, cabe ao enfermeiro especialista desenvolver e planear intervenções, idealmente a nível primário, que ajudem estas grávidas/famílias a fortalecerem as linhas de defesa e resistência, desenvolvendo estratégias de Coping eficazes para lidarem com os acontecimentos e prepararem-se para vivências mais positivas do parto.

Esta experiência foi muito enriquecedora e contribui de forma muito positiva para o meu crescimento pessoal e profissional. O facto de ter realizado o Ensino Clínico no hospital que abrange a área populacional, a quem também presto cuidados na vertente de Cuidados de Saúde Primários, permitiu-me reflectir sobre a minha prática de cuidados e adequá-la de forma a responder às necessidades reais das grávidas/famílias, promovendo a qualidade dos cuidados a nível pré-natal.

A preocupação com a qualidade da experiência de parto já se faz sentir entre os profissionais de saúde, e muitos são os estudos que abordam esta temática. Começa a notar-se que a qualidade técnica do parto só por si deixou de ser a única preocupação dos profissionais. Há preocupação em relação ao suporte emocional, à informação, ao conforto e ao sofrimento dessas mulheres e são os Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia que têm as competências

necessárias para promoverem mudanças nos cuidados prestados às mulheres, recém-nascidos e famílias.

Como sugestão para a prática menciono a implementação de estratégias de avaliação futuras para este projecto como por exemplo a aplicação de um instrumento de avaliação às puérperas da USF vigiadas na Unidade durante a gravidez e que deram à luz no HFF para avaliar o tipo de experiência de parto.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ensino Clínico – Estágio com Relatório foi o culminar de um sonho antigo, de muito trabalho, de cansaço acumulado, de alegrias, de frustrações e de muitas recompensas.

Ao chegar a esta fase, sinto que o caminho percorrido, desde o início da caminhada apesar de se ter revelado árduo foi ao mesmo tempo enriquecedor. O ingresso em qualquer tipo de formação, mas em particular numa formação que visa adquirir o Grau de Mestre, não pode ser feita de ânimo leve.

Um projecto é um processo que permite caracterizar, identificar, antecipar, discutir, estabelecer caminhos, decidir recursos e actividades, traçar um percurso, chegar mais adiante. A elaboração do Projecto Profissional e a sua aplicação em contexto de trabalho ajudou-me a crescer pessoal e profissionalmente e o facto do trabalho desenvolvido não se tornar num trabalho meramente académico foi muito motivador e enriquecedor. A motivação com que nos envolvemos em projectos e programas leva-nos por vezes a mobilizar recursos pessoais e profissionais que desconhecíamos. É preciso acreditar que se obtém ganhos em Saúde com persistência e empenho. Como nos diz Hesbeen (2001:10) “ a qualidade dos serviços oferecidos à população depende, em primeiro lugar, do empenhamento pessoal dos profissionais”.

Posso considerar que objectivo principal deste Projecto foi atingido, dado que me possibilitou identificar os principais factores que interferem numa experiência de parto e reflectir sobre o papel fundamental que o EESMO tem na forma como essa experiência é vivenciada, na implementação de intervenções adequadas a cada situação, na promoção da humanização e qualidade dos cuidados.

A Enfermagem é uma profissão de ajuda, pelo que não nos podemos limitar a ser bons técnicos, temos de nos preocupar com a pessoa numa perspectiva holística, ajudando-a a enfrentar os agentes stressores e a mobilizar todos os recursos que possui. Como nos diz Neuman a enfermeira deve ser uma participante activa com o cliente, relacionando-se com todas as variáveis que afectam o indivíduo (TOMEY e ALLIGOOD, 2002).

Na nossa prática diária de cuidados somos confrontados com a análise das intervenções realizadas, com a qualidade dos cuidados prestados à população e a forma de poder melhorá-los. A prática baseada na evidência começa agora a ser mais divulgada e utilizada pelos enfermeiros na avaliação de indicadores de qualidade dos cuidados prestados às populações. Começa a sentir-se a necessidade de parar e reflectir sobre que cuidados estamos a prestar e porquê.

O desenvolvimento deste projecto fez-me perceber que nem sempre é necessário descobrir novas técnicas, novas teorias para poder melhorar a qualidade dos cuidados prestados, que basta muitas vezes deixar fluir a essência da Enfermagem: “ Gente que cuida de Gente”, pois muitas vezes são os ” pequenos gestos” que fazem a diferença do Cuidar!

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-97-k.

CARRASCOSA, Laura. **El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parte natural**. Madrid. 7ª edição. (Outubro, 2010).

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; PAIS, A. - **Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação**. In Psicologia, Saúde e Doenças. Porto. Nº 1 (Abril 2003). p. 47-67.
Crónicas e Geriátricas – *Circular normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003*. [Em linha]. 2003.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola.

FALLON, Joanne O'Hare Anne - **Women's experience of control in labour and childbirth**. In British Journal of Midwifery. Vol 19, No 3 (Março 2011).

FIGUEIREDO, Abílio – **Ética e formação em enfermagem**. Lisboa: CLIMEPSI editores, 2004. ISBN 972-796-140-1.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra – **Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas**. In Análise psicológica. Porto (Fevereiro de 2002). P.203-217.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, 1996. ISBN 972-8383-10-X.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria - **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática**. In Texto Contexto Enferm, Florianópolis. Nº19. (Out - Dez 2010). p. 774-82.

GODOY, José F. Fernandez - **EL DOLOR DEL PARTO. Influencias psíquicas y biomecánicas.** In SIEGO news. (2007).

HEESBEN, Walter – **Cuidar No Hospital.** Loures:Lusociência,2000.ISBN 972-8383-11-8.

HEESBEN, Walter – **Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência,2000.

LOPES; Rita de Cássia Sobreira; DONELLI, Tagma Schneider; LIMA, Carolina Mousquer; PICCININI, Cesar A. **O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto.** In: Psicologia, Reflexão e Crítica. Nº 18. (Fevereiro, 2005), p.247-254.

LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E. – **Enfermagem na Maternidade.** 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1.

MARTIN, Caroline J Hollins -**Birth planning for midwives and mothers,** in British Journal of Midwifery. Vol 16, nº 9. (Setembro 2008) p. 583-587.

NUNES, Lucília – **A referência ético-deontológica na base da excelência.** In I congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa 2003. Ordem dos Enfermeiros, p. 117-224.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **DOR – Guia Orientador de boa prática.** Ordem dos enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

OTLEY, Henrietta - **Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment.** In British Journal of Midwifery. Vol. 19, nº 4. (Abril 2011). p.215-219.

PACHECO, Alexandra; FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel - **Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez**. In: Revista Portuguesa de Psicossomática. (Julho 2005), p. 7- 41.

PIRES, Ana Luisa Oliveira – **As Novas Competências Profissionais**. Lisboa. ISBN 0872-4989. Nº 10 (Fev/Mar/Abr 1994) p. 4-19.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – *Circular normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003*. [Em linha]. 2003.

RAMALHO, Anabela - **A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital**. in Pensar Enfermagem. Vol. 13 N.º 1 (1º Semestre de 2009). P.9-21.

ROCHA, Ana Maria; MONTEIRO, Cláudia C.B.; FERREIRA, Manuela; DUARTE, João - **Cuidados no Alívio da Dor: perspectiva da parturiente**. In Centro de Estudos em Educação, Tecnologias em Saúde. Viseu.(2010).

SANTOS, Fernanda Maria – **Opiniões e realidade. Elaboração de protocolos** .Enfermagem. Lisboa ISSN 0871-0775. Nº 16. 2ª série (Outubro/Dezembro 1998).

SILVA, Larissa Mandarano; BARBIER, Márcia, FUSTINONI, Susete Maria – **Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado**. In Revista Brasileira de Enfermagem - R-BEn. Brasília. Vol. 1. Nº 64 (jan-Fev 2011). P.60-65.

A dor como 5º sinal vital registo da intensidade da dor. [Consultado em 18 de Fevereiro de 2011].

Disponível em:

<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

La nascita come processo di empowerment della donna, [consultado em: 18 de Agosto de 2011]. Disponível em:

<http://www.catpress.com/verenaschmid/uno.htm>

ANEXOS

**ANEXOS I – Regulamento das competências específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna,
Obstétrica e Ginecológica**

ANEXOS II - Circular Normativa da DGS:

A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor

ANEXO III - Mapa mensal de reuniões/ formação em serviço

ANEXOS IV - Avaliação

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projecto profissional

APÊNDICE II - Características dos estudos

APÊNDICE III - Competências adquiridas e actividades desenvolvidas no Estágio com Relatório.

Competências adquiridas, actividades desenvolvidas e sua avaliação

Competência: Mobiliza conhecimentos teóricos na prática de cuidados e desenvolve capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos em contextos multidisciplinares.

Actividades	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Rever e mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos no decurso do CPLEESMO, de forma a prestar cuidados especializados relacionados com a saúde materna obstetrícia, actuando com base nos compromissos éticos, profissionais e sociais; • Integrar a equipa multidisciplinar do bloco de partos do HFF e unidade de Neonatologia • Observar a prestação de cuidados efectuados pelo EESMO orientador do local de estágio e restante equipa. • Colher informações pertinentes junto do OL e pela consulta de normas e protocolos do serviço. • Adquirir conhecimentos sobre o circuito da grávida/acompanhante desde a admissão até ao internamento no bloco de partos ou no serviço de Obstetrícia. • Realizar acolhimento à utente/acompanhante no bloco de partos; • Realizar anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade; • Consulta dos Boletins Individuais de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizado durante o período 	<ul style="list-style-type: none"> • O acolhimento proporcionado por todos os elementos das diferentes equipas foi facilitador do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências; • Foram efectuadas reuniões com a OL, enfermeira chefe do bloco de partos e da unidade de neonatologia • Efectuada consulta de protocolos de forma a conhecer o funcionamento dos serviços onde se realizou o estágio e de forma a conhecer o circuito de admissão dos utentes; • Foram realizadas 22 admissões de grávidas/acompanhantes ao longo do estágio e efectuados os procedimentos protocolados. • Foram acompanhadas no bloco de partos um total de 154 grávidas/conviventes (das quais uma gravidez de FM). Avaliada a vigilância da gravidez, intercorrências, doenças associadas, tempo de gestação, actualização das análises, números de fetos, apresentação e estimativa ponderal; • A presença dos acompanhantes durante o trabalho de parto foi sempre promovida e de acordo com o desejo da grávida; • Antes de qualquer técnica ou procedimento

pré-natal;	foi feita a explicação sobre os mesmos e pedido autorização para a sua realização. As grávidas/famílias foram esclarecidas sobre a evolução do trabalho de parto, alterações verificadas e outras dúvidas colocadas;
Competência: Promove a comunicação interpessoal de modo a facilitar a construção de uma relação educativa com o casal e família	
Actividades	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar as grávidas/acompanhantes a colocarem questões/preocupações. • Informar as grávidas acerca da presença do convivente significativo à sua escolha e permanência do mesmo durante o trabalho de parto se for esse o seu desejo; • Informar utente/acompanhante acerca de todos os procedimentos a efectuar ao longo do internamento e sobre evolução do trabalho de parto; • Avaliar os conhecimentos/experiências e expectativas face ao trabalho de parto; • Avaliar as crenças, práticas culturais e /ou religiosas da utente/acompanhante e perceber em que medida influenciam os seus comportamentos de saúde; • Estabelecer uma relação de ajuda com o utente/ acompanhante; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação às utentes/acompanhantes, identificando-me como aluna do CPLEESMO, demonstrando disponibilidade e estando emocionalmente com eles; • Utilização de estratégias, conjuntamente com a grávida/acompanhante, para otimizar as aprendizagens adquiridas no pré-parto. • Fornecida informação pertinente, clara e acessível à grávida/família de forma a ir de encontro às suas necessidades; • As grávidas múltiparas foram questionadas sobre a sua experiência anterior, sobre conhecimentos já adquiridos, receios e ansiedade, crenças ou algumas práticas culturais usadas e em que medida influenciavam as suas expectativas face ao trabalho de parto actual; • Promovido o acompanhamento/apoio da grávida/acompanhante através da presença física, ouvindo-os activamente ou simplesmente estando ali, transmitindo-lhe

	conforto através do toque, do dar-lhes a mão.
Competência: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.	
Actividades	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Puncionar acesso venoso periférico de bom calibre para soroterapia e colheita de sangue segundo protocolos ou prescrição médica. • Verificar se os resultados analíticos estão actualizados relativamente às serologias da rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus, hepatite B e C , VDRL, HIV I e HIV II e estreptococos B no exsudado vaginal e rectal. • Administrar antibioterapia profiláctica se houver infecção a estreptococos B comprovada ou em caso de resultado desconhecido. • Administrar antibioterapia profiláctica em caso de ruptura de membranas superior a 6 horas (segundo protocolos existentes ou mediante prescrição médica) • Avaliar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiotocográfica, durante o trabalho de parto; • Avaliar o estágio e evolução do trabalho de parto; • Efectuar observação interna para avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi puncionada via periférica para administração de soroterapia a todas as grávidas acolhidas por mim no bloco de partos, conforme protocolo. • Feita avaliação e vigilância frequente da permeabilidade da via periférica e averiguados sinais de flebite. • Administrada antibioterapia com cumprimento rigoroso dos horários a fim de garantir o nº de tomas necessárias à adequada prevenção de infecção; • Actuação de forma autónoma na vigilância do trabalho de parto; • Foi sempre garantida a vigilância do bem-estar materno-fetal e comunicado à equipa médica as alterações verificadas; • Comunicado à equipa alterações nos resultados analíticos ou ausência dos

<p>da cervicometria, pavimento pélvico, apresentação fetal, integridade da bolsa de águas e características do líquido amniótico;</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar situações de risco que alterem o bem-estar materno-fetal. Comunicar e encaminhar para a equipa multidisciplinar.• Identificar na grávida/acompanhante sinais e expressões de medo e ansiedade,• Esclarecer sobre a progressão esperada do trabalho de parto e descrição simples e clara sobre o que se espera durante o progresso do mesmo, para reduzir o medo/ansiedade relacionados com o desconhecido;• Avaliar o nível da dor através da escala analógica da dor e das estratégias utilizadas para a lidar com a dor;• Informar sobre as estratégias não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor;• Utilizar algumas das técnicas não farmacológicas como o relaxamento consciente, respiração direccionada, massagem, hidroterapia, aplicação de pressão na zona sagrada, deambulação e uso de bola de pilates;• Informar sobre estratégias farmacológicas para alívio da dor;• Explicar sobre técnica de analgesia epidural e esclarecer dúvidas;• Informar a equipa médica sobre o desejo de realização de analgesia epidural; quando	<p>mesmos assegurando nova colheita e pesquisa dos resultados atempadamente,</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação de Temperatura e TA uma vez por turno a todas as grávidas.• Avaliação da TA e Glicémia capilar às grávidas com Hipertensão arterial ou Diabetes, segundo prescrição médica e/ou protocolos;• Como o exame vaginal é gerador de stress e desconfortável para a mulher, só foi efectuado quando indicado pelo estado da grávida e do feto, por exemplo, na admissão, quando ocorria alteração significativa na actividade uterina, quando a grávida referia pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorria ruptura das membranas e após técnica de epidural.• Foi feita a avaliação do nível da dor sentida num determinado momento, pedindo às grávidas que situassem a dor numa escala de 0 a 10, para poder ser feita a avaliação da eficácia das medidas implementadas para alívio da dor;• Proporcionados momentos de relaxamento a todas as grávidas acompanhadas durante o estágio através de musicoterapia, diminuição da luminosidade, massagem, respiração direccionada.• Sempre que reunidas as condições de segurança as grávidas fizeram levantar, tomaram duche e usaram a bola de pilates (sempre de acordo com a vontade da
---	---

reunidas as condições analíticas e de evolução do trabalho de parto;

- Preparar o material para a colocação de cateter epidural e colaborar com o médico anestesista na realização da técnica de analgesia epidural;
- Promover o apoio e conforto à grávida durante a realização da técnica de analgesia epidural;
- Avaliar os parâmetros vitais antes e após administração de analgesia epidural;
- Avaliar o bem-estar fetal antes, durante e após administração de analgesia epidural;
- Realizar nova administração de analgesia através do cateter epidural, se reunidas as condições necessárias (parâmetros vitais e cervicometria), e segundo prescrição médica e/ ou protocolo;
- Vigiar a função urinária e despiste de globo vesical;
- Encorajar o acompanhante a permanecer como elemento de apoio durante o trabalho de parto e para assistir a grávida com medidas de apoio e conforto;
- Promover medidas de conforto à grávida como: cuidados frequentes à boca para prevenir a boca seca, aplicação de compressas húmidas na região frontal, mudança de resguardo, lençóis ou batas húmidos; mudança de posição;
- Preparar o material necessário para a realização de parto eutócico;
- Executar as manobras adequadas num parto

utente);

- Foram proporcionados esclarecimentos claros às grávidas/acompanhantes sobre a colocação do cateter epidural, riscos e benefícios. Mais de 6 grávidas que recusavam inicialmente este tipo de analgesia por desconhecimento e/ou medo mudaram de opinião, tendo referido posteriormente que tinham tomado a melhor opção. Cerca de 90% das grávidas acompanhadas em bloco de partos recorreram a analgesia epidural. 15 grávidas não utilizaram qualquer tipo de analgesia durante o trabalho de parto por opção pessoal. Foram proporcionadas todas as repicagens sempre que reunidas as condições e de acordo com os protocolos estabelecidos;
- Realizados os registos sobre parâmetros vitais (antes e após a administração da analgesia epidural), sobre o bem-estar fetal e existência ou não de intercorrências durante a realização da técnica;
- Algaliação de todas as grávidas submetidas a analgesia epidural prevenindo a formação de globo vesical. As todas as outras quando apresentavam dificuldade na eliminação vesical ou início de formação de globo vesical foi efectuado esvaziamento vesical, facilitando a descida da apresentação;
- Foram efectuados 49 partos eutócicos e

<p>de vértice;</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar partos eutócicos em ambiente seguro;• Realizar episiotomia, quando necessário;• Actuar de forma adequada e atempada perante a situação de circular cervical;• Promover a presença do acompanhante durante o parto proporcionando o corte do cordão umbilical se for esse o seu desejo;• Informar a equipa médica, sempre que o parto não for da competência do EESMO;• Conduzir de forma fisiológica o terceiro estágio do trabalho de parto,• Verificar a integridade da placenta e das membranas;• Realizar revisão do canal vaginal e verificar a existência de lacerações;• Detectar e informar a equipa multidisciplinar da existência de complicações no puerpério imediato;• Verificar as características e a integridade do cordão umbilical;• Realizar episiorrafia e/ou sutura das lacerações quando se verificar a sua existência;• Verificar a formação do globo de segurança de pinard; características e quantidade das perdas hemáticas;• Realizar de colheita de sangue do cordão umbilical quando necessário para tipagem ou para conservação de células estaminais, respeitando indicação do laboratório;• Colaborar com a equipa médica na	<p>assistidos 9 partos distócicos (3 ventosas, 1 ventosa + fórceps e 5 cesarianas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dois dos partos realizados apresentaram situações de distócia de ombros pelo que se realizou as manobras de MacRoberts.• Foram efectuadas 15 episiotomias (sendo aproximadamente 95% em primíparas)• Foram efectuados 15 episiorrafias, foram suturadas 8 lacerações de grau I, 2 lacerações de grau II• Foram realizados 24 partos com períneos íntegros;• Todas as dequitudas decorreram de forma fisiológica, tendo-se verificado duas situações de suspeita de ruptura de membranas. Foram realizadas ecografias a estas puérperas, no puerpério imediato, para controle e em nenhum dos casos foi necessário recorrer a curetagem uterina.• Uma das placentas apresentava morfologia diferente tendo sido enviada para anatomia patológica.• Dois dos cordões umbilicais apresentavam características muito diferentes. Um era muito fino e um outro era muito espesso e gelatinoso tendo sido necessário a utilização de dois clamps para garantir a ausência de hemorragia.• Em todas as puérperas foi feito o despiste de hemorragia avaliando a formação do globo de segurança de pinard e avaliação a quantidade das perdas hemáticas, com especial atenção das grandes múltiparas.
--	---

realização de partos distócicos;	<ul style="list-style-type: none"> • Foram prestados cuidados a 21 puérperas no 4º estágio do trabalho de parto e respectivos RN e transferidas para o serviço de Obstetrícia • Foram realizadas 6 visitas a puérperas internadas no serviço de Obstetrícia e que tinham sido acompanhadas por mim no 2º e 3º estágio do trabalho de parto • Foi proporcionado o corte do cordão umbilical quase à totalidade das grávidas / acompanhantes (excepto RN com circulares apertadas, RN com APGAR baixo e um por opção da grávida/acompanhante) • Foram realizadas 3 colheitas de sangue para tipagem e 2 colheitas para células estaminais do sangue e do cordão umbilical; • Foi prestada colaboração à equipa médica no fornecimento de material, administração de terapêutica, prestação de cuidados de conforto e apoio á grávida e acompanhante em quatro partos distócicos;
Competência: Presta cuidados de Enfermagem especializados ao recém-nascido normal e de risco optimizando a sua a saúde e a adaptação à vida extra-uterina.	
Actividades	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Receber e secar o recém-nascido. Mantê-lo aquecido • Verificar a vitalidade do RN • Proporcionar contacto pele a pele se reunidas condições de segurança para o RN e for o desejo da mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Foram prestados cuidados imediatos a 28 RN, cumprindo os protocolos estabelecidos. • Foi promovida a vinculação precoce entre a díade/tríade e contacto pele a pele, excepto nas situações de instabilidade do RN que foi adiada até à estabilização do mesmo e

<ul style="list-style-type: none">• Avaliar índice de APGAR ao 1º e 5º minuto <p>Colocar pulseiras de identificação, na presença da utente/acompanhante</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrar de vitamina K, segundo protocolo;• Colocar a 1ª roupa escolhida pela utente/acompanhante;• Verificar sinais de boa pega, reflexos de sucção e deglutição;• Transmitir informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente/RN, para o serviço de internamento de obstetrícia ou Serviço de Neonatologia (RN);	<p>num caso em que a mãe recusou o contacto imediato com o RN antes de ser limpo e vestido;</p> <ul style="list-style-type: none">• No início de cada turno foi feita a verificação do funcionamento de todo o material necessário para a recepção e reanimação do RN e reposto o stock do material em falta. Sempre que uma grávida era transferida para a sala de partos era ligado imediatamente a fonte de calor e verificado o funcionamento da fonte de oxigénio e aspirador de secreções.• Foi dado apoio durante o período de luto a um dos pais que tiveram uma criança com mal formação congénita• Dado apoio a esses pais na transferência do RN para a Unidade de Neonatologia, levando o pai previamente a ter contacto com a unidade e com outros pais com uma criança na mesma situação clínica.• Colaboração na prestação de cuidados a 8 RN internados no serviço de neonatologia• Houve sempre o cuidado de identificar o RN na presença da mãe/acompanhante pois este procedimento constitui uma importante medida de segurança que dá muita tranquilidade aos pais. A partir de Abril passou a ser também utilizada pulseira electrónica, havendo sempre o cuidado de explicar aos pais o mecanismo de acção da mesma.

Competência: Ajuda os futuros pais a desenvolver competências parentais, atendendo aos diferentes contextos socioculturais e às novas morfologias familiares

Actividades	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas colocadas pela utente/acompanhante; • Realizar esclarecimentos acerca dos procedimentos efectuados ao recém-nascido; • Informar sobre recursos na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e RN; • Informar sobre necessidade de vigilância, rastreios e imunização do RN; • Informar e orientar sobre desenvolvimento infantil e sinais e sintomas de alarme no recém-nascido; • Informar sobre cuidados ao RN; • Observar o processo de transição e adaptação à parentalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos pais ficavam alarmados perante a aparência “anormal da criança”, como a cor, ausência imediata do choro após a sua exteriorização, a moldagem da cabeça entre outras, pelo que houve sempre a preocupação de fazer um esclarecimento claro sobre estas situações normais para acalmar os pais e ajudá-los na adaptação e aceitação deste RN. <p>A ligação dos pais ao bebé vai-se estabelecendo de uma forma gradual, podendo não acontecer imediatamente após o parto. Esta situação esteve sempre presente na minha forma de estar com a grávida/casal e por isso tentei ajudar a construir a relação com a criança, avaliando os progressos do desenvolvimento afectivo, durante o tempo em que permaneciam no bloco de partos. Tive uma situação pontual de uma adolescente de 15 anos que recusou o RN nos pós parto imediato e que eu acompanhei durante mais tempo. Fiz duas visitas durante o internamento no serviço de Obstetrícia A e depois fiz acompanhamento durante mais de um mês no Centro de Saúde, com apoio de outros técnicos, até se verificar o estabelecimento do processo de vinculação</p>

APÊNDICE IV - Filme

APÊNDICE V - Norma de Procedimento - HFF

APÊNDICE VI - Sessão de formação em serviço

APÊNDICE VII - Norma de procedimento da USF

APÊNDICE VIII - Check-list orientadora da consulta

APÊNDICE IX - Folhetos